

<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Widerspruch <input type="checkbox"/> Verlängerungsantrag – Aufnahme am: Krankenkasse: <b>Name, Vorname:</b> _____ <b>Geb.-Datum:</b> _____	
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium:   	
Metastasen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Welche:  Begleiterkrankungen:	
<b>Allgemeine Befunde:</b> 1) AZ:                      EZ:                      Gewicht/Größe:                      Haut: 2) Psychische Auffälligkeiten:	
Bisherige Therapien:    operativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      wann: Chemotherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      wann: Radiatio <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      wann:	
<b>I. Derzeitige erforderliche palliative Therapie</b> <b>1. Symptomkontrolle:</b> <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Durchfälle <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Haut	
<b>2. Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> Infusion <input type="checkbox"/> Vernebelung <input type="checkbox"/> Inhalation Welche:	
<b>3. Andere Therapie:</b> <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Radiatio <input type="checkbox"/> KG    Lymphdrainage <input type="checkbox"/> Atemtherapie	
<b>4. Besonderheiten:</b> <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> PEG-Magensonde <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe <input type="checkbox"/> BZ/RR-Kontrolle <input type="checkbox"/> DK/Zysto-Fix <input type="checkbox"/> Anus Praeter <input type="checkbox"/> Urostoma <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Wundbehandlung	
<b>II. Psychosoziale Betreuung:</b> Familiäre Situation / soziales Umfeld:  Erforderliche psychosoziale Begleitung:	
_____ Ort, Datum	_____ Name/Unterschrift/Stempel d. Hausarztes oder Krankenhausarztes